Alkoholitarvitamise vähendamise arengusuunad

2026–2035

SOTSIAALMINISTEERIUM

Sisukord

Sissejuhatus 2

Lähtekohad 3

Praegune olukord 4

Üldeesmärk ja sihid 7

Strateegiline eesmärk 1 8

Strateegiline eesmärk 2 10

Strateegiline eesmärk 3 13

Strateegiline eesmärk 4 16

Strateegiline eesmärk 5 18

Mõisted 20

Kasutatud allikad 21

Sissejuhatus

Alkoholitarvitamise vähendamise arengusuunad 2026–2035 on tõenduspõhist poliitikakujundamist toetav strateegiadokument, milles on sõnastatud alkoholivaldkonna peamised sihid ja tegevused nende saavutamiseks, millesse valdkonnaüleselt väga paljud osapooled järgmise kümne aasta jooksul panustavad.

Alkoholitarvitamise vähendamise arengusuunad 2026–2035 on jätkustrateegia 2014. aastal valituses vastuvõetud alkoholipoliitika rohelisele raamatule, millest lähtuvalt on Eestis aastaid tõenduspõhist alkoholipoliitikat juhitud. Selle aja jooksul on Eesti alkoholipoliitikas tehtud mitmed olulised sammud ning aastate jooksul on viidud ellu suurem osa rohelises raamatus kirjeldatud poliitikameetmetest. Enamus rakendamata meetmetest ei ole enam muutunud keskkonnas asjakohased või prioriteetsed. Olulised ja aktuaalsed rohelises raamatus sõnastatud teostamata tegevused on kajastatud käesolevas dokumendis. Alkoholipoliitika rohelise raamatu rakendamine oli tulemuslik ning selle elluviimise peamisel perioodil (2013–2018) vähenes nii alkoholi kogutarbimine kui sellest tingitud kahjud.*

Alkoholipoliitika roheline raamat on üle kümne aasta vana strateegiadokument ning selle eesmärgid, tegevussuunad ja tegevused vajavad muutunud keskkonnas ajakohastamist. Tõhus alkoholipoliitika on valdkonnaülene ning kompleksne, seetõttu on vajalik uuendada alkoholipoliitika eesmärke ja tegevussuundasid tervikuna.

Arengusuundade koostamisel on aluseks võetud rahvusvahelised parimad teadmised, alkoholipoliitika rohelise raamatu mõjude hindamise analüüsi tulemused, ekspertide soovitused, avalike kaasamiste ja kaasamisürituste raames kogutud sisend ning olulised Eesti ja Euroopa strateegiad ja arengusuunad.

Dokumendis kirjapandud sihid ja eesmärgid on aluseks alkoholipoliitika valdkonnaüleseks kujundamiseks, rakendamiseks ja ressursside juhtimiseks.

* Loe lähemalt lisadokumendist.

Lähtekohad

1. Alkoholipoliitika on teaduspõhine ja lähtub olemasolevatest andmetest. Targa alkoholipoliitika kujundamine ning sekkumiste ja meetmete rakendamine lähtub parimast olemasolevast tõendatud teabest. Olemasolevate ja loodavate poliitikate, meetmete ja sekkumiste mõju hinnatakse ning kohandatakse vastavalt tulemustele.

2. Valdkondade ülene alkoholipoliitika lähtub eelkõige inimeste tervisest, heaolust ja turvalisusest. Valdkonnaülest alkoholipoliitikat kujundades ja meetmeid planeerides prioriseeritakse mõju inimeste tervisele, heaolule ja turvalisusele, mis on mõjutatud olulistest teguritest, mis asuvad väljaspool neid valdkondasid, näiteks majandus-, rahandus-, keskkonna- või muu valdkonna vastutusalas.

3. Ei ole tervisele ohutut alkoholitarvitamise taset. Alkoholi tarbimise terviseriskid algavad juba esimesest tarbitud joogist. Alkohol on tuntud kantserogeen, mille tarbimine juba väikses koguses võib põhjustada seitset eri tüüpi vähki[1]. Ei ole olemas riskivaba alkoholi tarvitamise kogust ega sagedust, seetõttu on edukad alkoholipoliitika meetmed ennekõike populatsioonipõhised, mitte suunatud üksikisikute tarbimiskäitumise muutmisele.

4. Inimest ümbritsev keskkond peab toetama tervislikke valikuid. Valikute tegemist ja riskide võtmist mõjutab oluliselt toodete ja teenuste kättesaadavus, milliseid valikuid soosib ja võimaldab õpi-, töö-, elu- ja sotsiaalne keskkond ning millised hoiakud on ühiskonnas levinud. Alkoholipoliitika peamine eesmärk on kujundada selline keskkond, mis toetaks inimeste tervislikke valikuid.

WHO ja OECD soovitused Eesti alkoholipoliitika kujundamiseks

WHO on hinnanud Eesti alkoholipoliitikas aastatel 2012–2022 rakendatud meetmete mõju ning andnud soovitused täiendavate meetmete rakendamiseks[2]:

SOOVITUS

1. Selleks, et vähendada alkoholi kogutarbimist ning sellest tekitatud kahju, tuleks vähendada alkoholi taskukohasust läbi aktsiisi tõstmise.
2. Rakendada täiendavaid alkoholi füüsilise kättesaadavuse vähendamise meetmed. Näiteks:
   - Kellaajalise kättesaadavuse vähendamine (eriti pühapäeviti) sh toitlustus- ja meelelahutusasutstes;
   - Müügikohtade tiheduse vähendamine;
   - Keelata alkoholi müük bensiinijaamades;
   - Luua alkoholi müümiseks litsentsisüsteem;
   - Keelata alkoholi kaugmüük (tarne koju või pakiautomaatidesse).
3. Suurendada alkoholitarvitamise häire raviteenuse kättesaadavust.
4. Seirata ja mõõta rakendatud poliitikameetmete mõjusid.

OECD 2024. aasta majandusraporti soovitused Eestile[3]:

SOOVITUS

1. Vähendada alkoholi taskukohasust läbi aktsiiside tõstmise;
2. Vähendada füüsilist kättesaadavust läbi kellaajaliste piirangute;
3. Vähendada müügikohtade tihedust;
4. Vähendada alkoholi reklaami sh sponsorteateid spordis.

Praegune olukord

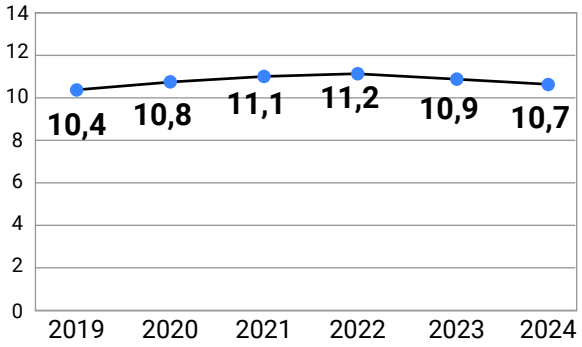
Alkoholivaldkonna praegust olukorda ja arenguvajadusi on käsitletud kolmes alamkategoorias, milleks on 1) alkoholi tarvitamine ja surmad, 2) müügihind ja -keskkond 3) sotsiaalsed ja majanduslikud kahjud.

Alkoholi tarbimine ja surmad

WHO regioonidest on Euroopas kõige suurem alkoholi tarvitamine ning Eestis on tarbimine ka Euroopa keskmisest tasemest kõrgem[4]. Alkoholipoliitika rohelise raamatu peamisel rakendamise perioodil (2013–2018) oli alkoholi kogutarbimine langustrendis, kuid hakkas taas tõusma 2019. aastast aktsiisilangetuse ning COVID-19 pandeemia tagajärjel.

Kui 2019. aastal tarvitati keskmiselt 10,4 liitrit puhast alkoholi vähemalt 15-aastase elaniku kohta, siis aastal 2024 langes tarbimine muuhulgas majanduslangusest tingitud ostujõu vähenemise ja tarbimiskäitumise muutmise tõttu 2023. aastaga võrreldes 1,8%, ehk 10,7 liitrile.[5] Tarbimine on alates 2023. aastast väikses languses.

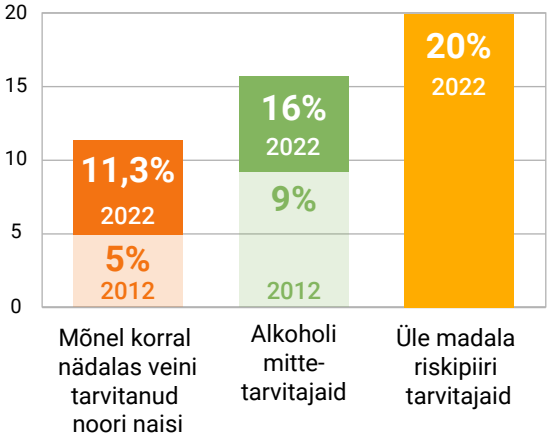
Absoluutalkoholi tarvitamine aastas keskmiselt üle 15-aastase elaniku kohta, l



OECD hinnangul on 10% Eesti meestel alkoholitarvitamise häire[6]. Muutuva trendina on tähendada ka noorte naiste alkoholi tarvitamise tõusu, mida saab selgitada osaliselt sagenenud regulaarse veinitarvitamisega.[7]

Noorte alkoholitarvitamises püsib hetkel positiivne trend, ehk elu jooksul alkoholi proovinud ja purju joonud koolinoorte osakaal on püsinud languses. 14-18 aastastest noortest on elu jooksul alkoholi proovinud 72% ning vähemalt korra ennast purju joonud 43%[8].

Alkoholi tarvitamise osakaal, %



Alkoholi tarvitamisest otseselt põhjustatud surmade arv tõusis koos alkoholi kogutarbimisega perioodil 2019–2022, tipnedes 753 surmaga. Eestis registreeriti 2024. aastal kokku 630 otseselt alkoholist põhjustatud haiguste surmajuhtumit, mida on 7 surma vähem kui 2023. aastal (637 surmajuhtumit). Haigustest põhjustatud surmadele lisanduvad vigastussurmad, milles hukkunud on tarvitanud alkoholi. Selliseid surmasid oli 2024. aastal 77.[9]

Müügihind- ja keskkond

Inimeste tarbimis- ja tervisekäitumine on otseselt seotud vahetu keskkonnaga tema ümber. Alkoholi taskukohasusest, nähtavusest ning selle füüsilisest kättesaadavusest sõltub kes, kui sageli ning millistes kogustest alkoholi tarvitab. Tõenduspõhiselt kõige kulutõhusamad alkoholipoliitika meetmed alkoholi kogutarbimise ning kahjude vähendamiseks ongi alkoholi taskukohasuse ja füüsilise kättesaadavuse vähendamine ning alkoholireklaami tugev piiramine või keelamine[10].

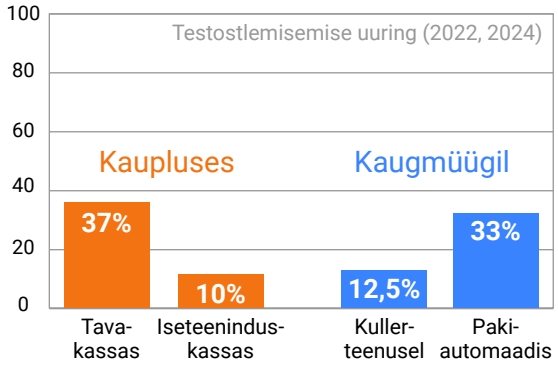
Eesti Konjunktuuriinstituudi analüüsi kohaselt[5] on alkohol viimastel aastatel muutunud taskukohasemaks. Võrreldes 2018. aastaga on 2024. aastal netopalgad kasvanud 44%, kuid õllehinnad 15% ning viinahinnad on hoopis vähenenud 0,33%. Seetõttu on alates 2019. aastast (peale aktsiiside langetust) võimalik keskmise netokuupalga eest osta rohkem alkoholi: 2024. aastal 27 liitrit rohkem viina ja 88 liitrit rohkem õlut, kui aasta enne aktsiiside langetust.

Ligi 90% inimestest jõuab kodust alkoholi müügikohta kiiremini kui kümne minutiga

Alkoholi füüsiline kättesaadavus on Eestis iga-aastaselt tõusnud[5] 2024. aasta mai seisuga on Eestis 9614 alkoholimüügikohta (2023. aastal 9374). Alkoholiseadus annab kohalikele omavalitsustele võimaluse seada alkoholi jaemüügile kitsendusi või eritingimusi. Seda võimalust on alkoholi kättesaadavuse vähendamiseks olulisel määral kasutanud vaid Tallinn[11] ja Pärnu[12]. Näiteks piiravad mõlemad linnad alkoholi kohapealset tarbimist öisel aja ning Tallinn on keelanud kange alkoholi müügi tanklates ja avalikel üritustel.

Dokumendi küsmine ja selle puudumisel müügist keeldumine, % [13,14]

Alkoholi müümine ja üleandmine alaealistele ning joobetunnustega inimestele on keelatud. Samas näitavad Tervise Arengu Instituudi poolt korraldatud testostlemise uuringud, et müügipiirangud suuremas osas ei järgita.



Sotsiaalsed ja majanduslikud kahjud

Alkoholi tarbimise kahjud on oluliselt laiemad, kui vaid tarbija poolt endale tekitatud tervisekahju. Alkoholi tarvitamine mõjutab perekondasid, kogukondasid ning ühiskonda tervikuna. Alkoholi tarvitamisest põhjustatud kahjude suurus sõltub alkoholi kogutarbimisest ühiskonnas. Seetõttu on oluline tuua välja ka laiemad alkoholi tarbimise tagajärjed.

Ühe aasta jooksul viib politsei kainenema:

~13 000 inimest

Häirekeskusel kulub alkoholiga seotud kõnedele

~ 210 ööpäeva

Alkoholitarvitamise mõju 2050. aastaks:

oodatav eluiga

↓ 1,5 aastat

tervishoiukulud

↑ 3,5%

SKT ↓ 3,4%

Alkoholi tarvitamine on otseselt seotud õigusrikkumisega. Pea kõik tapmistest ning valdav osa vägivallakuritegudest (sh lähisuhtevägivallast), samuti väärtegudest nagu avaliku korra rikkumine ja kehaline väärkohtlemine, pannakse toime joobetunnustega inimeste poolt. Ka liikluses tekitatav kahju mõjutab otseselt teiste inimeste, elu, tervist ja turvalisust[15]. 2025. aastal registreeriti autoroolis alkoholi piirmäära ületamisi ja kriminaalses joobes juhtimisi peaaegu 5900[16] ning 132 inimkannatanuga liiklusõnnetust kus osales joobes juht[15].

Alkoholitarvitamisega on seotud ka sotsiaalsed kahjud ja inimkapitali vähenemine. Suurel osal pikaajalise toimetulekutoetuse saajatest ja pikaaegsetest töötutest on alkoholisõltuvuse häire[17]. Alkoholi tarvitamisest tingitud sotsiaal- ja terviseprobleemid tekitavad riigile kordades suurema kulu kui aktsiisidena riigieelarvesse laekuvad tulud (2025. aastal laekus alkoholiaktsiisi 257 miljonit). OECD simulatsioonide kohaselt vähendab alkoholi tarvitamine 2050ndaks aastaks oodatavat eluiga 1,5 aastat, suurendab tervishoiukulusid 3,5% ning vähendab SKT-d 3,4%[18]. Olemasolevate andmete alusel olid 2025. aastal alkoholi tarvitamisega seotud otsesed kulud Tervisekassa raviarvete alusel ligikaudu 88,6 miljonit eurot. Alkoholitarvitamisest tingitud kahjude kogukulud ulatusid 2023. aastal 510 miljoni euroni, mis moodustas 1,3% SKT-st.[19]

Üldeesmärk ja sihid

Alkoholipoliitika eesmärk on vähendada ühiskonnas alkoholi tarvitamist ning sellest tulenevat sotsiaalset, majanduslikku ja tervisekahju.

Üldeesmärgi täitmist seiravad mõõdikud

Mõõdik	Algtase	Sihttase 2035. aastal
Alkoholi kogutarbimine täisealise (15+) elaniku kohta	10,7 liitrit (2024)	< 8,7 liitrit
Kõrge riskitaseme ja kahjulike mustritega alkoholitarvitajate osakaal** 15+ elanike hulgas	18% (2024)	< 13%
Viimase aasta jooksul alkoholi mittetarbijate osakaal 15+ elanike hulgas	15% (2024)	>20%
Alkoholi tarbimisest otseselt põhjustatud haigustesse ja vigastuste tagajärjel surnud inimeste arv	707 (2024)	< 550
11-15 aastaste koolinoorte osakaal, kes on elu jooksul alkoholi tarvitanud	34% (2022)	< 25%

Üldeesmärgi saavutamist toetavad viis strateegilist eesmärki:

Alkoholi aktsiisimäärasid kehtestades arvestatakse alkoholi tarbimise vähendamise eesmärki viisil, et alkohol ei muutu võrreldes sissetulekutega taskukohasemaks ja pikemas perspektiivis kallineb.

Inimest ümbritsev keskkond suunab alkoholi tarbimist vähendama mh läbi alkoholi füüsilise kättesaadavuse vähendamise ning alkohoolseid tooteid ei müüda alaealistele ega joobe-tunnustega inimestele.

Alkoholi kuritarvitamise märkamine ja sekkumine toimub elukaare üleselt võimalikult varajases etapis ning juhul kui inimene vajab alkoholitarvitamise häire raviteenust, on see kättesaadav ja vastab abivajajate vajadustele.

Inimest ümbritsev keskkond on turvaline ning alkoholi tarvitamisega seotud õigusrikkumised ja õnnetusjuhtumid vähenevad.

Inimesed teavad alkoholi tarbimisega kaasnevaid terviseriske ja teisi kahjusid ning sotsiaalsed normid toetavad alkoholi mittetarvitamist.

** Inimesed, kes on viimase seitsme päeva jooksul tarvitanud alkoholi üle soopõhise madala riski piiri ja/või tarvitavad korraga üle kuue ühiku alkoholi korra nädalas või sagedamini.

Strateegiline eesmärk 1

SOOVITUS SOOVITUS

Alkoholi aktsiisimäärasid kehtestades arvestatakse alkoholi tarbimise vähendamise eesmärki viisil, et alkohol ei muutu võrreldes sissetulekutega taskukohasemaks ja pikemas perspektiivis kallineb.

- Alkoholi aktsiisimäära tõstmise (juhul, kui see tõstab ka alkoholi suhtelist hinda) mõju tarbimisele on üsna kohene, vähendades alkoholi tarvitamist keskmiselt juba kolme kuu jooksul.[20,21]
- Kuna alkoholi hind on mitteelastne[22,23], siis hinna tõstmise läbi taskukohasuse vähendamine langetab rahvastiku alkoholi kogutarbimist[20,24,25,26], sealhulgas vähendab riskirühmade tarbimist ning eriti kahjulikke tarbimismustreid.
  - Alkoholiaktsiisi tõstmine vähendab alkoholi korraga suures koguses tarvitamist, keskmisest rohkem alkoholi tarvitavate inimeste[19,20,27] ning laste ja noorte[20] alkoholi tarvitamist.
- Aktsiiside tõstmise tagajärjel väheneb alkoholi tarvitamisest tingitud sotsiaalne kahju, ehk vägivalla kuriteod, liiklusõnnetused, suitsiidid, õnnetussurmad, seksuaalsel teel levivad haigused[19,20,28] ning alkoholist põhjustatud suremus[29,30].
- Hästi kavandatud aktsiisitõusud mitte ei vähenda ainult alkoholi kogutarbimist ja sellest tingitud kahju, vaid suurendavad ka riigi eelarve tulusid[31].

Alkoholi taskukohasus mõjutab selgelt ja tugevalt ühiskonnas alkoholi tarvitamise taset ning sellega kaasnevaid kahjusid nii indiviidile endale, kui ka kogukonnale ja riigile tervikuna. Seetõttu tuleks käsitleda alkoholiaktsiisi senisest enam tervisepoliitika meetmena. Alkoholi kogutarbimise ning sellest tulenevate kahjude vähendamiseks on oluline tagada, et alkohol muutub ajas suhteliselt kallimaks ning sh jälgitakse mõju piirikaubandusele.

Tegevussuunad

1.1 Arvestades alkoholiaktsiisi olulisust tervisemaksuna, vaadatakse aktsiisimäära üle regulaarselt ning selle tõus on järkjärguline.

Selleks tuleb:

- Arvestada aktsiisimäärade tõstmisel mh inflatsioonimääraga, et ennetada alkoholi suhtelist odavnemist ning tagada, et alkohol muutub järjepidevalt vähem kättesaadavaks.
- Alkoholi maksustatakse aktsiisiga võimalikult proportsionaalselt etanooli-sisalduse järgi joogis, sõltumata alkoholi liigist, võttes arvesse reegleid ja arenguid ELi tasandil.
- Aktsiisiga maksustamise küsimustes EL-i tasandil toetatakse poliitikamuudatusi, mis võimaldavad maksustada alkoholi sõltumata selle valmistusviisist.

Strateegiline eesmärk 2

Inimest ümbritsev keskkond suunab alkoholi tarbimist vähendama mh läbi alkoholi füüsilise kättesaadavuse ja nähtavuse vähendamise ning alkohoolseid tooteid ei müüda alaealistele ega joobetunnustega inimestele.

- Alkoholi kerge kättesaadavus suurendab alkoholi tarvitamist, sh alaealiste seas[32]. Kättesaadavuse vähendamisel on vastupidine mõju[33,34,35,36].
- Alkoholi kättesaadavust piiravad meetmed on üks tõhusamaid viise kuidas vähendada alkoholi korraga suures koguses tarvitamist[37].
- Alkoholi füüsilise kättesaadavuse suurenemisel tõusevad ka alkoholi tarvitamisest põhjustatud kahjud: vägivallakuriteod[32,38,39,40], liiklusõnnetused[41,42,43], vigastused ja hospitaliseerimine[44,45] ning haigestumine ja suremus[46].
- Alkoholi turundus normaliseerib alkoholi tarbimist[47]. Erinevad uuringud on tõestanud, et alkoholi reklaamid omavad kumulatiivset ja põhjuslikku mõju laste ja noorte alkoholi tarbimise koguste ja sageduse suurenemisele[48,49,50,51,52].
- Alkoholireklaami negatiivne mõju ei piirdu üksnes laste ja noortega. Alkoholireklaam on sihitatud siiski täisealistele ning see mõjutab ka täiskasvanute käitumist alkoholi tarbimist suurendavalt[47,53,54].

Seos alkoholi kättesaadavuse ja reklaami ning alkoholitarbimise ja sellest põhjustatud tervisekaotuse vahel on rahvatervishoiu vaatest selge. Alkoholi kerge kättesaadavuse tagajärjel tekitatud kahjud ulatuvad tervisevaldkonnast kaugemale ning mõjutavad mh teiste inimeste elu ja turvalisust. Seetõttu on oluline tagada, et alkoholi füüsiline kättesaadavus hakkaks ajas vähenema, müügipiiranguid järgitaks ning alkoholi reklaam ei mõjuks alkoholi tarvitamist suurendavalt.

Tegevussuunad

2.1 Alkoholi müügikohtade arvu suurenemine peatub ning pikas perspektiivis füüsiline kättesaadavus väheneb.

SOOVITUS SOOVITUS

Selleks tuleb:

- Lühendada täiendavalt alkoholi jaemüügi kellaaegasid.
- Keelata alkoholi kaugmüük või seada täiendavad piirangud tagamaks, et kõiki alkoholi müügile sätestatud piiranguid täidetakse ka kaugmüügi korral.
- Vähendada alkoholi müügikohti selliselt, et nõrgeneksid seosed alkoholi tarvitamise ning enda ja teiste elu ohustava käitumise vahel, sh piirata müüki tanklates ja üld-kasutatavate supluskohtade territooriumil.
- Keelata alkoholi müük lasteaedade ja koolide vahetus läheduses.
- Vähendada müügikohtade arvu ja tihedust läbi tasulise ja tähtajalise müügilubade süsteemi.

2.2 Alkoholi reklaami piirangud minimeerivad ja pikas perspektiivis välistavad kogu-populatsiooni, aga eriti alaealiste ja teiste haavatavate sihtgruppide poolt reklaami nägemise ning ennetavad tervist kahjustavate sotsiaalsete normide kujundamist ja juurutamist.

OECD SOOVITUS

Selleks tuleb:

- Olukorra hindamiseks ning andmetele tuginevate otsuste langetamiseks seirata reklaami sisu ja nähtavust.
- Täpsustada seadust nii, et alkoholireklaami piirangud kohalduksid ka sellisele reklaamile, mis mõjub alkoholi reklaamina.

2.3 Olemasolevaid müügipiiranguid järgitakse ning järelvalveasutustel on mõjusad tööriistad rikkumiste tuvastamiseks ning vähendamiseks.

Selleks tuleb:

- Luua tingimused, et alkoholi müügipiirangute järelevalve kulu tasuksid vähemalt osaliselt alkoholi müügiga tegelevad ettevõtted.
- Teha müügipiirangute järelevalve teostamine vähem ressursimahukaks sh luua juurde või kirjeldada töövahendid mis võimaldavad teostada järelevalvet regulaarselt.
- Rakendada olemasolevaid ning vajadusel luua juurde mõjutusvahendeid, et need suurendaks motivatsiooni müügipiiranguid järgida ning annaksid võimaluse süstemaatiliste rikkumiste korral müügitegevus peatada.

Strateegiline eesmärk 3

Alkoholi kuritarvitamise märkamine ja sekkumine toimub elukaare üleselt võimalikult varajases etapis ning juhul kui inimene vajab alkoholitarvitamise häire raviteenust, on see kättesaadav ja vastab abivajajate vajadustele.

- Lapsena tarvitatud alkohol võib põhjustada struktuurseid muutusi hipokampuses[55] (aju osa mis osaleb õpiprotsessides) ja suures koguses alkoholi tarvitamine võib aju arengut püsivalt kahjustada[56].
- Alaealisena väljakujunenud alkoholi tarbimisharjumused võivad kanduda edasi ka täiskasvanuellu[57]. Seetõttu on oluline ennetada ja lükata edasi alkoholi tarvitamisega alustamist ning vähendada nende laste alkoholi tarvitamist, kes sellega juba on alustanud.
- Kuna laste ja noorte vaimse tervise probleemide ja riskikäitumise ennetamine on valdkonnaülene ning konkreetsed tegevused on lepitud kokku ennetusnõukogus, siis ennetust dubleerimise vältimiseks alkoholipoliitika strateegiadokumendis ei käsitleta.

Tervist oluliselt kahjustava alkoholitarvitamise varajane märkamine ja sellesse sekkumine on tõhusam ja väiksema ressursikuluga, kui raviteenuse pakkumine. Seetõttu on raviteenuse kättesaadavuse suurendamise kõrval oluline just ravinõudluse vähendamine läbi madalama läve sekkumiste. Lühisekkumine on tervisesüsteemis[58], sotsiaalsüsteemis[59] ning läbi tehnoloogiavahendite[60,61] tulemuslik viis vähendada alkoholi suures koguses tarvitamist ning sellega kaasnevaid kahjusid.

Tegevussuunad

3.1 Laste ja noorte uimastite* tarvitamist märgatakse varakult, osatakse viia läbi madala lävega tulemuslikke sekkumisi ning olemasolevad teenused arvestavad selle sihtgrupi vajadustega.**

Selleks tuleb:

- Arendada spetsialistide oskuseid, teadmisi ja tööriistu, et uimasteid tarvitavat last ja noort märgataks sotsiaal-, haridus- ja tervishoiusüsteemis võimalikult vara ning osataks viia läbi tulemuslikke madala lävega sekkumisi.
- Lähtuda põhimõttest, et olemasolevad teenused sotsiaal-, haridus ja tervishoiuvaldkonnas arvestaksid uimasteid tarvitava lapse vajadustega.
- Luua ja rakendada uimasteid tarvitava lapse patsiendi käsitlus, kirjeldada erinevate valdkondade vastutusala ning luua ühtne ja loogiline valdkondade ülene klienditeekond.

3.2. Erinevates valdkondades märgatakse varakult täisealise inimese kõrge riskitasemega alkoholi tarvitamist, osatakse viia läbi madala lävega tulemuslikke sekkumisi ning olemasolevad teenused arvestavad alkoholitarvitamise häirega inimese vajadustega.

Selleks tuleb:

- Töötada välja kompetentsimudel koos tööriistadega, et sotsiaal- justiits ning teistes seotud valdkondades osataks märgata kõrge riskitasemega alkoholi tarvitamist, viia läbi mõjusaid sekkumisi ning vajadusel suunata inimest ravile.
- Töötada välja ühtne klienditeekonna kirjeldus, et tagada inimese loogiline ja sujuv liikumine tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel.
- Arendada erihoolekandeteenust nii, et see vastaks paremini alkoholitarvitamise häirega inimese vajadustele.
- Suurendada sõeltestimiste, lühisekkumiste ja ravile suunamiste arvu perearstisüsteemis ning rakendada lähenemist ka mujal tervishoiusüsteemis sh lapseootel naistele.
- Töötada välja ja juurutada tõhus haiglas viibivate (somaatiliste) patsientide alkoholitarbimise sõeltestimise metoodika ning ravile suunamine.

*** Nii laste kui ka täiskasvanute ravi- ja toetavate teenuste puhul on tulemuslikum lähtuda uimastite üleselt, ehk mitte keskenduda vaid alkoholi, vaid ka teiste uimastite sh narkootikumide, tarvitamisele.

3.3 Alkoholitarvitamise häire ravi on kättesaadav ja kvaliteetne.

SOOVITUS

Selleks tuleb:

- Suurendada kolmeetapilise sõltuvusravi piirkondlikku kättesaadavust.
- Raviteenuse kvaliteedi tõstmiseks ning mõju tulemuslikkuse juhtimiseks kirjeldada ja rakendada raviteenuse kvaliteedinõuded ja mõjude hindamise mõõdikud.
- Luua pikaajaline statsionaarne sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenus.

Strateegiline eesmärk 4

Inimest ümbritsev keskkond on turvaline ning alkoholi tarvitamisega seotud õigusrikkumised ja õnnetusjuhtumid vähenevad.

- Programmid[62,63,64], mis on suunatud alkoholi serveerivate inimeste koolitamisele ja meelelahutusasutuste keskkonna ümberkujundamisse, on näidanud pikaajalisi positiivseid tulemusi alkoholist tingitud kahjude[65], sh vägivaldse käitumise[66], vähendamisel.
- Eesti praktika on näidanud, et inimesed, kes panevad kuritegusid toime olles joobetunnustega, ei ole juhuslikud alkoholitarvitajad, vaid nende igapäevane alkoholitarvitamise tase on märkimisväärselt kõrgem, kui keskmisel Eesti täiskasvanud elanikul[67].
- Joobes juhtimisele omavad ennetatavat mõju politsei poolt läbiviidavad lauspuhumiskontrollid[36]. Joobes juhtimise retsidiivsuse vähendamiseks on tõendatud mõjuga kognitiivkäitumuslikul teraapial põhinevad intensiivsed sekkumised[68,69] ning alternatiivkaristusena määratud mitmest komponendist koosnev raviteenus[70,71,72].
- Eesti senine praktika on näidanud, et õigusrikkujatele karistuse alternatiivina seatud tingimus vähendada katseajal tarvitatavaid alkoholikoguseid ja tõestada seda alkoholi biomarkerite analüüside abil, on jõukohane enamustele õigusrikkujatele ning selle kohustuse täitmine vähendab ligikaudu poole võrra õigusrikkujate retsidiivsust võrreldes muude karistuste kasutamisega.

Õigusrikkumise ennetamisse ja vähendamisse panustavad suurel määral strateegilised eesmärgid 1 ja 2, ehk alkoholi taskukohasuse ja füüsilise kättesaadavuse vähendamine. Selleks, et vähendada alkoholitarvitamisest tingitud õigusrikkumisi, on oluline pöörata senisest enam tähelepanu ennetusele ning karistamise asemel kuriteo toimepanemise juurpõhjusele, ehk alkoholitarvitamise häirele.

Tegevussuunad

4.1 Keskkond toetab alkoholijoobes toimepandud õigusrikkumise ennetamist ja kahjude vähendamist.

Selleks tuleb:

- Tõsta alkoholi jaemüügiga tegelevate osapoolte ja alkoholi serveerivate inimeste teadmisi alkoholi müügi nõuetest ja toetada neid kahjusid vähendava keskkonna loomisel.
- Toetada kohalikke omavalitsusi ja kogukondasid alkoholi tarvitamisest tingitud õigusrikkumiste ennetamise ja kahjude vähendamise meetmete rakendamisel.
- Rakendada heidutus- ja teisi ennetusmeetmeid, et vähendada alkoholi tarvitamise tagajärjel tekkinud ohuolukordasid, sh õnnetusi, vigastusi ja surmasid.

4.2 Õigusrikkumistele reageerimine vähendab korduvkuritegevust ning alkoholitarvitamise häirega inimeste karistamise eesmärk peab muuhulgas olema suunatud alkoholi tarvitamise vähendamisele.

Selleks tuleb:

- Töötada välja ja rakendada ravivajaduse hindamise teenus alkoholitarvitamise häirega õigusrikkumise toimepannud inimese abivajaduse väljaselgitamiseks ja vajadusel raviteenusega alustamiseks.
- Laiendada PEth alkoholi biomarkeri rakendamist mõjutusvahendina kohtuliku karistuse alternatiivina ja kogukondlike karistuste rakendamisel.
- Tagada, et õigusrikkumistele reageerimisel kasutatakse alkoholitarvitamise häirega inimeste karistuste täideviimisel tõenduspõhiseid ja tulemuslikke sekkumisi.

Strateegiline eesmärk 5

Inimesed teavad alkoholi tarbimisega kaasnevaid terviseriske ja teisi kahjusid ning sotsiaalsed normid toetavad alkoholi mittetarvitamist.

- Alkoholi tarvitamise terviseriskidest info saamine on tarbijate õigus. Teadlikkus alkoholi tarbimise terviseriskidest mõjutab osaliselt inimeste käitumist ning nende poolt tehtavaid valikuid[73], kuid siiski ei ole võimalik alkoholi kogutarbimises ainult läbi teadlikkuse tõstmise püsivat muutust saavutada.

Sotsiaalsed normid, ehk ühiskonnas pikaajaliselt väljakujunenud käitumisootused, mõjutavad olulisel määral inimeste käitumist, sealhulgas alkoholi tarvitamist[74,75]. Kui soovime vähendada alkoholitarvitamise ja purju joomise kultuuri, siis tuleb muuta käitumiskultuuri, mis seda soosib. Sotsiaalseid norme ei ole võimalik muuta ühekordsete tegevustega ning nende kujundamine on pikaajalisem protsess. Kõik eelpool väljatoodud strateegilised eesmärgid toetavad alkoholi tarvitamise vähendamist soodustavate sotsiaalsete normide kujundamist.

Tegevussuunad

5.1 Inimesed on rohkem teadlikud alkoholi tarvitamise negatiivsetest tervisemõjudest, haigustest ning riskipiiridest.

Selleks tuleb:

- Tõsta elanikkonna ja spetsialistide teadlikkust ka vähese alkoholi tarvitamisega põhjuslikult seotud vähi tekkeriskidest.
- Terviseriskide info siduda olemasolevate kanalite ja keskkondadega nii, et see jõuaks elanikkonnani universaalse teavitusena ning riskirühmadele läbi spetsialistide.
- Muuta alkoholireklaami tervisehoiatuse sõnumid vahelduvaks ning muuhulgas lisada vähihoiatuse sõnum.
- Tõsta elanikkonna, spetsialistide ja rasedate teadlikkust lapseootuse ajal alkoholi tarbimise riskidest.

5.2. Sotsiaalsed normid soodustavad alkoholi tarbimise joomise asemel alkoholivaba eluviisi ja taunivad purju joomist.

Selleks tuleb:

- Tõsta esile rohkem alkoholi mittetarbimisest saadavaid kasusid.
- Populariseerida alkoholivabade ürituste korraldamist ning toetada teiste alkoholivabade keskkondade loomist.
- Sekkumiskultuuri loomine ja juurutamine läbi Eestile sobivate sõnumite disainimise, mis julgustavad inimesi sekkuma, kui keegi nende tuttav või lähedane on alkoholiga liialdamas.
- Luua sõnastik, mis toetab häbimärgistava ja eksitava sõnavara kasutamise asemel parema terminoloogia kasutuselevõttu ja juurutamist.
- Rääkida rohkem alkoholi tarvitamise kahjudest ühiskonnale ning tõsta esile tõenduspõhiseid alkoholipoliitika meetmeid.

Mõisted

Kõrge riskitaseme ja kahjulike mustritega alkoholi tarvitamine – viimase seitsme päeva jooksul alkoholi tarvitamine üle soopõhise madala riski piiri ja/või korraga üle kuue ühiku alkoholi tarvitamine korra nädalas või sagedamini.

Alkoholi kaugmüük – alkoholi müümine läbi interneti ning kliendini toimetamine kulleri või pakiautomaadi vahendusel.

Lühisekkumine – kindla struktuuriga lühike ja motiveeriv vestlus.

Madala lävega sekkumine – psühhosotsiaalsed sekkumised, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset abi uimastite tarvitamise vähendamisel ning mida pakuvad eriväljaõppe saanud spetsialistid.

Kasutatud allikad

1 WHO (2020). Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

2 WHO (2024). Evaluation of the Estonian Green Paper on Alcohol Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

3 OECD (2024), OECD Economic Surveys: Estonia 2024. OECD Publishing, Paris.

4 WHO (2022b). The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

5 Eesti Konjunktuuriinstituut (2025). Eesti alkoholiturg, alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika 2024. aastal.

6 OECD (2021b). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

7 Reile, R., Põlajev, A., Saavaste, J. (2025). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

8 Oja, L., Piksööt, J., Haav, A. jt. (2023). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2021/2022. õppeaasta uuringu raport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

9 Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2025. Tervise Arengu Instituut

10 WHO (2017). Tackling NCDs. Best Buys.

11 Alkohoolse joogi jaemüügi kitsendused, Tallinna Linnavolikogu määrus.

12 Piirangud alkohoolse joogi jaemüügile kohapeal tarbimiseks Pärnu linnas. Pärnu Linnavolikogu määrus.

13 Mäll, T., Tarlap, K. (2022). Alkohoolsete jookide ning tubaka- ja nikotiinitoodete testostlemine. Tervise Arengu Instituut.

14 Tervise Arengu Instituut (2024). Alkoholi kaugmüügi testostlemise metoodika arendamine. Avaldamisel.

15 Justiits- ja Digiministeerium (2025). Kuritegevus Eestis 2025.

16 Transpordiamet (2025). Liiklusaasta ülevaade 2025.

17 Melesk, K., Toim, K., Lehari, M., Kadarik, I. jt (2022) Toimetulekutoetuse ja võlgnevuse mõju sotsiaal-majanduslikule toimetulekule ning tööturuaktiivsusele. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis

18 OECD (2024), OECD Economic Surveys: Estonia 2024. OECD Publishing, Paris.

19 Pol, R., Lai, T., Reile, R. jt. (2026). Using a return on investment analysis to estimate the economic impact of potential changes to alcohol control policies in Estonia. European Journal of Public Health.

20 Elder, R.W., Lawrence, B., Ferguson, A. et al. (2010) The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med, 38, 217–29.

21 Wagenaar, A.C., Tobler, A.L., Komro, K.A. (2010). Effects of alcohol tax price policies on morbidity and mortality: a systematic review. Am J Public Health, 100, 2270–8.

22 Gallet, C.A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. Australian Journal of Agricultural and Resource Economics, 51, 121–35.

23 Nelson, J.P. (2013). Robust demand elasticities for wine and distilled spirits: meta-analysis with corrections for outliers and publication bias. Journal of Wine Economics, 8, 294–317.

24 Fogarty, J. (2006). The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. Br Food J, 108, 316–32.

25 Nelson JP (2013a) Meta-analysis of alcohol price and income elasticities—with corrections for publication bias. Health Econ Rev, 3, 1–10.

26 Fogarty J (2010) The demand for beer, wine and spirits: a survey of the literature. Journal of Economic Surveys, 24, 428–78.

27 Brennan A, Purshouse R, Taylor K, et al. (2008) Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, part B: modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield alcohol policy model, version 2008(1- 1). Sheffield: ScHARR, University of Sheffield.

28 Xu, X., Chaloupka, F.J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. Alcohol Res Health, 34, 236–45.

29 Brennan, A., Purshouse, R., Taylor, K. et al. (2008) Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, part B: modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield alcohol policy model, version 2008(1- 1). Sheffield: ScHARR, University of Sheffield.

30 Sharma, A., Sinha, K., Vandenberg, B. (2017). Pricing as a means of controlling alcohol consumption. Br Med Bull, 123(1), 1-10.

31 Štelemekas, M., Manthey, J., Badaras, R. et al (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality on Lithuania: an interrupted time-series analysis. Addiction, 116(10), 2673-2684.

32 Chen, M.J., Gruenewald, P.J., Remer, L.G. (2009). Does alcohol outlet density affect youth access to alcohol? J Adolesc Health, 44, 582–9.

33 Fitterer, J.L., Nelson, T.A, Stockwell, T. (2015). A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. Front Public Health, 3, 253.

34 Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T. et al. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. J Stud Alcohol Drugs, 79, 58–67.

35 Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S. et al. (2009). Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly: a multi-level local area analysis. Addiction, 104, 1827–36.

36 Halonen, J.I., Kivimäki, M., Virtanen, M. et al. (2013). Proximity of off-premise alcohol outlets and heavy alcohol consumption: a cohort study. Drug Alcohol Depend, 132, 295–300.

37 Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingstonm M. et al. (2023). Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy Oxford, UK Oxford University Press.

38 Nepal, S., Kypri, K., Tekelab, T. et al. (2020) Effects of extensions and restrictions in alcohol trading hours on the incidence of assault and unintentional injury: systematic review. J Stud Alcohol Drugs, 81, 5–23. 61.

39 Tabb, L.P., Ballester, L., Grubesic, T.H. (2016). The spatio-temporal relationship between alcohol outlets and violence before and after privatization: a natural experiment, Seattle, Wa 2010– 2013. Spat Spatiotemporal Epidemiol, 19, 115–24.

40 Yu, Q., Scribner, R., Carlin, B.P. et al. (2008). Multilevel spatio-temporal dual changepoint models for relating alcohol outlet destruction and changes in neighbourhood rates of assaultive violence. Geospatial Health, 2, 161–7.

41 Lipton, R., Ponicki, W.R., Gruenewald, P.J. et al. (2018). Space–time analyses of alcohol outlets and related motor vehicle crashes: associations at city and census block-group levels. Alcohol Clin Exp Res, 42, 1113–21.

42 Rehm, J., Manthey, J., Lange, S. et al. (2020). Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. Addiction, 115, 655–65.

43 Fone, D.L. Morgan, J., Fry, J.R. et al. (2016). Change in alcohol outlet density and alcohol-related harm to population health (CHALICE): a comprehensive record-linked database study in Wales. Public Health Research 4(3), 1–186.

44 Hobday, M., Chikritzhs, T., Liang, W. et al. (2015). The effect of alcohol outlets, sales and trading hours on alcohol-related injuries presenting at emergency departments in Perth, Australia, from 2002 to 2010. Addiction, 110, 1901–9.

45 De Vocht, F., Heron, J., Angus, C. et al. (2016). Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. J Epidemiol Community Health, 70, 231–7.

46 Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G. et al. (2013). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. Am J Public Health, 103, 2014–20.

47 Casswell, S. (2012). Current status of alcohol marketing policy—an urgent challenge for global governance. Addiction, 107, 478–85.

48 Stautz, K., Brown, K.G., King, S.E. et al. (2016). Immediate effects of alcohol marketing communications and media portrayals on consumption and cognition: a systematic review and metaanalysis of experimental studies. BMC Public Health, 16, 465.

49 Jernigan, D., Noel, J., Landon, J. et al. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. Addiction, 112, 7–20.

50 Sargent, J.D., Babor, T.F. (2020). The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. J Stud Alcohol Drugs Suppl, 19, 113–24.

51 Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K. et al. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol, 44, 229–43.

52 Curtis, B.L., Lookatch, S.J., Ramo, D.E. et al. (2018). Meta-analysis of the association of alcohol-related Social media use with alcohol consumption and alcohol-related problems in adolescents and young adults. Alcohol Clin Exp Res, 42, 978–86.

53 Koordeman, R., Anschutz, D.J., Engels, R.C.M.E. (2011). Exposure to Alcohol Commercials in Movie Theaters Affects Actual Alcohol Consumption in Young Adult High Weekly Drinkers: An Experimental Study. The American Journal on Addictions, 20(3):285-91.

54 Alhabash, S., McAlister, A.R., Kim, W., Lou, C., Cunningham, C. et al. (2016). Saw It on Facebook, Drank It at the Bar! Effects of Exposure to Facebook Alcohol Ads on Alcohol-Related Behaviors. Journal of Interactive Advertising. 16(1):44-58.

55 De Bellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R. (2000). Hippocampal võlume in adolescent-onset alcohol use disorders. AmJ Psychiatry 157:737– 44.

56 Spear, L. (2002) Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. J Stud Alcohol Suppl 14:71–81.

57 Hingson, R. W., Heeran, T., Winter, M.R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160(7), 739-746.

58 Kaner, E.F., Beyer, F.R., Muirhead, C., et al. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev, 2.

59 Bliss, D.L., Pecukonis, E. (2009). Screening and Brief Intervention Practice Model for Social Workers in Non-Substance-Abuse Practice Settings. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9,1.

60 Donoghue, J., Patton, R., Phillips, T., Deluca, P., Drummond, C. (2014). The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and metaanalysis. J Med Internet Res, 2;16(6).

61 Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P. et al. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult probleem drinking: an individuaal patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. PLoS Med, 15.

62 Trolldal, B., Paschall, M., Leifman, H. (2012). Effects of a multicomponent responsible beverage service programm on violent assaults in Sweden. Addiction, 108, 89–96.

63 Nilsson, T., Norström, T., Andréasson, S. et al. (2020). Effects of local alcohol prevention initiatives in Swedish municipalities, 2006–2014. Subst Use Misuse, 55, 1008–20.

64 Wallin, E., Gripenberg, J., Andreasson, S. (2002) Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. Addiction, 97, 901–7.

65 Kingsland, M., Wolfenden, L., Tindall, J. et al. (2015) Tackling risky alcohol consumption in sport: a cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs. J Epidemiol Community Health, 69, 993–9.

66 Graham, K., Osgood, D.W., Zibrowski, E. et al. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. Drug Alcohol Rev, 23, 31–41.

67 Tüllinen, K. (2025). Alkoholi biomarker PEth: kasutuspraktika ja tulemused. Justiits- ja Digiministeerium

68 Mills, K., Hodge, W., Johansson, K. et al. (2008). An outcome evaluation of the New South Wales Sober Driver Programme: a remedial programme for recidivist drink drivers. Drug Alcohol Rev, 27, 65–74.

69 Moore, K.A., Harrison, M., Young, M.S. et al. (2008). A cognitive therapy treatment programm for repeta DUI offenders. J Crim Justice, 36, 539–45.

70 Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. et al. (1995). Final results from a meta analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. Addiction, 90, 907–26.

71 Miller, P.G., Curtis, A., Sonderlund, A. et al. (2015) Effectiveness of interventions for convicted DUI offenders in reducing recidivism: a systematic review of the peer-reviewed scientific literature. Am J Drug Alcohol Abuse, 41, 16–29.

72 Dill, P., Wells-Parker, E. (2006). Court-mandated treatment for convicted drinking drivers. Alcohol Res Health, 29, 41–8.

73 Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K. et al. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time-series analysis of alcohol sales is Yukon, Candada. J Stud Alcohol Grugs, 81, 225-37.

74 Borsari, B., Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. Journal of Substance Abuse, 13(4), 391-424.

75 Wood, M. D., Read, J.P., Palfai, T.P., et al. (2001). Social influence processes and college student drinking: the mediational role of alcohol outcome expectancies. Journal of Studies on Alcohol, 62(1), 32-43.